INSTITUT RHONE-ALPES AUVERGNE DE TABACOLOGIE

**APPEL A COTISATION 2021**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mode d’exercice :

O Hospitalier

O Libéral

O en collectivité territoriale

O associatif

Adresse professionnelle : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tél. Professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail professionnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail personnel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Merci de bien vouloir remplir toutes les informations

***Cotisation : 20 €***

Règlement par chèque ou par virement bancaire.

Chèque à envoyer à : IRAAT, HOPITAL DE LA CROIX ROUSSE,

 103 Gde Rue de la CROIX ROUSSE - 69004 LYON

Virement bancaire sur le compte suivant. Merci de mettre une référence : votre nom suivi du mot cotisation.

|  |  |
| --- | --- |
| Identification internationale (IBAN) | Code BIC |
| FR76 | 1027 | 8073 | 1900 | 0103 | 4084 | 007 | CMCIFR2A |

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature :

**Bulletin complété à renvoyer par courrier ou par mail (iraat-lyon@orange.fr)**